

Paciente oncológico y SIADH

Helena Monzón-Camps¹ , Anna Jiménez-Maurí² , Isabel Cristina Dulcey-Hormiga²¹Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario MútuaTerrassa, Terrassa, Barcelona, España²Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario MútuaTerrassa, Terrassa, Barcelona, España

Recibido: 01/09/2024

Aceptado: 30/09/2024

En línea: 30/11/2024

Citar como: Monzón-Camps H, Jiménez-Maurí A, Dulcey-Hormiga IC. Paciente oncológico y SIADH. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (noviembre); 9(Supl. 1): 6-7. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9s1a3>**Cite this as:** Monzón-Camps H, Jiménez-Maurí A, Dulcey-Hormiga IC. Cancer patient and SIADH. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (November); 9(Supl. 1): 6-7. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9s1a3>**Autora para correspondencia:** Helena Monzón-Camps. hmonzon@mutuaterrassa.cat

Palabras clave

- ▷ SIADH
- ▷ Hiponatremia
- ▷ Urea
- ▷ Oncología
- ▷ Metástasis

Resumen

El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) es una entidad que se manifiesta por una secreción elevada de vasopresina y cursa con hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática, osmolaridad urinaria inadecuadamente elevada y natriuresis elevada. Presenta una etiología muy variada y su diagnóstico es de exclusión. El tratamiento se basa en la restricción hídrica, tratamiento de la etiología, soluciones hipertónicas, tolvaptán, o de incorporación más reciente, la urea oral.

Se presenta un caso sobre un hombre de 87 años con antecedentes neoplásicos que durante un ingreso por síndrome confusional se descubre SIADH y se realiza tratamiento con urea oral.

Keywords

- ▷ SIADH
- ▷ Hyponatremia
- ▷ Urea
- ▷ Oncology
- ▷ Metastases

Abstract

The syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) is a condition characterized by elevated secretion of vasopressin and presents with hyponatremia, low plasma osmolality, inappropriately high urine osmolality, and elevated natriuresis. It's got a highly varied etiology, and its diagnosis is one of exclusion. Treatment is based on fluid restriction, addressing the underlying cause, hypertonic solutions, tolvaptan, or more recently, oral urea.

This case involves an 87-year-old man with a history of cancer, in whom SIADH was discovered during hospitalization for a confusional syndrome, and treatment was initiated with oral urea.

Puntos destacados

- ▷ El tratamiento con urea en pacientes oncológicos con SIADH ofrece una intervención integral abordando la recuperación del desequilibrio electrolítico y sus posibles síntomas, evita complicaciones graves, y puede ayudar en la tolerancia y optimización del tratamiento oncológico.

Introducción

El diagnóstico y tratamiento correctos de la hiponatremia en pacientes hospitalizados oncológicos son cruciales. La hiponatremia, caracterizada por niveles bajos de sodio en sangre, puede ser una complicación común en pacientes con cáncer avanzado debido a diversas razones, como el síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) inducida por tumores. Un tratamiento inadecuado puede llevar a complicaciones neurológicas graves, por lo que es fundamental el reconocimiento precoz y su tratamiento individualizado.

Caso clínico

Antecedentes

Se presenta el caso de un paciente sin alergias, hipertenso, dislipémico con una insuficiencia cardiaca crónica, una fibrilación auricular anticoagulada e historia oncológica de adenocarcinoma pulmonar infiltrante de célula no pequeña aparentemente en remisión.

A su llegada a Urgencias era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Enfermedad actual

Acudió a Urgencias por hematuria, asociado a vómitos y diarreas sin productos patológicos de pocos días de evolución. Durante su estancia en Urgencias presentaba cuadro confusional agudo de difícil manejo.

Exploración física

TA 91/57mmHg, afebril, saturación basal 96%, Glasgow 15/15.

Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino. Consciente pero desorientado en tiempo y espacio, asociado a alteración conductual con agitación. Sin otra focalidad neurológica y sin meningismo.

Pruebas complementarias

Inicialmente se realizó analítica donde únicamente destacó hiponatremia de 130 mEq/L. Radiografía de tórax, abdomen y sedimento urinario sin alteraciones.

Pero debido a síndrome confusional en paciente sin claro desencadenante y previamente autónomo y sin deterioro cognitivo, se decidió realizar un TAC craneal. Se objetivaron múltiples lesiones ocupantes de espacio compatibles con metástasis, con extenso edema vasogénico y compresión del atrio y asta occipital de ventrículo lateral izquierdo.

Se amplió el estudio con TAC toraco-abdominal y se objetivó también metástasis suprarrenal izquierda.

Evolución

El paciente con los antecedentes anteriormente descritos, durante el ingreso en la planta de Medicina Interna por síndrome confusional agudo secundario a progresión de su enfermedad oncológica, presentaba una hiponatremia de 130 mEq/L. Inicialmente se recuperaron los niveles de sodio con sueroterapia hasta 136 mEq/L. Tras los resultados analíticos lo orientamos como un SIADH crónico (osmolaridad sangre 291 mmol/kg, osmolaridad urinaria 831 mmol/kg, Na urinario 160 mEq/L) ya que presentaba una hiponatremia hipoosmolar euvolumica con aumento de la excreción de sodio urinario.

Se revisó su medicación sin observarse la utilización de diuréticos de forma habitual. Asimismo, se descartó alteración tiroidea y disfunción renal. Debido a que durante el estudio inicial se objetivaron metástasis cerebrales, se inició tratamiento corticoideo (sin constatar insuficiencia suprarrenal anterior al inicio del tratamiento). Se trataba de una hiponatremia por un SIADH de origen neoplásico, dado el diagnóstico reciente de recidiva tumoral de neoplasia pulmonar, sin otros factores precipitantes. Iniciamos tratamiento con urea oral 15 g 1 sobre/24 h (además de corticoterapia) con buena evolución inicial manteniendo niveles 135-137 mEq/L. A partir del quinto día de tratamiento el paciente presentó un empeoramiento clínico marcado con disminución del nivel de consciencia. Fue valorado por el servicio de Oncología que desestimó tratamiento activo curativo y continuó su seguimiento en la unidad de Paliativos con control sintomático. Se confirmó el éxitus 4 días después.

Diagnóstico

SIADH crónico de origen neoplásico.

Discusión

El tratamiento con urea en pacientes oncológicos con SIADH puede ofrecer beneficios significativos que justifican su uso en la práctica clínica habitual. En

este tipo de pacientes el SIADH es una complicación común potencialmente grave, por lo que su adecuada gestión es esencial.

La hiponatremia es un trastorno electrolítico común en pacientes neoplásicos, y se ha visto asociada a un peor pronóstico¹. Entre sus complicaciones más graves encontramos las convulsiones, el coma y la encefalopatía. Y existen diversas opciones de tratamiento, entre ellas encontramos la urea.

La urea corrige eficazmente la hiponatremia promoviendo la excreción de agua libre sin afectar significativamente al sodio mediante un mecanismo de osmosis. De esta manera la normalización del sodio alivia los síntomas que pueda padecer el paciente (como podrían ser cefaleas, náuseas, confusión, etc.) mejorando así su calidad de vida, con efectos adversos poco frecuentes (exceptuando disgeusia) y con un riesgo de sobrecorrección mínimo. La dosis recomendada en las guías europeas es de 0,25-0,50 g/kg/día².

Al presentar una mejoría de la sintomatología, los pacientes se encuentran con mejor estado general y calidad de vida. Por lo que también tiene un impacto positivo directo en la tolerancia y respuesta del tratamiento oncológico, pudiendo mejorar así su efectividad.

Este es un tratamiento seguro y eficaz, bien tolerado y manejable de forma ambulatoria³, comparado con otros tratamientos para el SIADH, como los vap-
tanes, que además presentan un coste más elevado.

Conclusiones

El tratamiento con urea en pacientes oncológicos con SIADH ofrece una intervención integral abordando no solo la recuperación del desequilibrio electrolítico y sus posibles síntomas, sino evitando también complicaciones graves además de ayudar en la tolerancia y optimización del tratamiento oncológico.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso.

Bibliografía

1. Gralla RJ, Ahmad F, Blais JD, Chiodo J 3rd, Zhou W, Glaser LA, *et al.* Tolvaptan use in cancer patients with hyponatremia due to the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: a post hoc analysis of the SALT-1 and SALT-2 trials. *Cancer Med.* 2017; 6(4): 723-729. doi: <https://doi.org/10.1002/cam4.805> (último acceso sept. 2024).
2. Wendt R, Fenves AZ, Geisler BP. Use of urea for the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone: a systematic review. *JAMA Netw Open.* 2023; 6(10): e2340313. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.40313> (último acceso sept. 2024).
3. Nervo A, D'Angelo V, Rosso D, Castellana E, Cattel F, Arvat E, *et al.* Urea in cancer patients with chronic SIAD-induced hyponatremia: old drug, new evidence. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2019; 90(6): 842-848. doi: <https://doi.org/10.1111/cen.13966> (último acceso sept. 2024).